



Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Emotion-Focused Therapy on Sleep Quality in Mothers with Disabled Children

Seyed Elyas Hosseini¹, Masood Shahbazi^{2*}, Seyedeh Zahra Alavi³, Maryam Gholamzadeh Jofveh⁴

1. Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2. Department of Counseling, MaS.C., Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran.

3. Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

4. Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Corresponding author: Masood Shahbazi: Assistant Professor, Department of Counseling, MaS.C., Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran.

E-mail: masoudshahbazi53@iau.ac.ir

Received: 2026/05/23

Accepted: 2026/06/15

Abstract

Introduction: Empowering mothers of children with disabilities is of great importance in preventing psychological harm. In this regard, the present study aimed to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and emotion-focused therapy on sleep quality among mothers of children with disabilities who referred to welfare counseling centers in Izeh city.

Methods: This study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a two-month follow-up with a control group. The statistical population consisted of mothers of physically disabled children who referred to the counseling and psychological services centers affiliated with the Welfare Department of Izeh city during the first six months of 2024. A sample of 45 participants was selected using convenience sampling and randomly assigned to three groups of 15 participants each. Data were collected using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI; Buysse et al., 1989). Compassion-focused therapy and emotion-focused therapy were each administered separately in eight 90-minute group sessions. Data analysis was conducted using repeated measures analysis of variance and the Bonferroni post hoc test in SPSS version 25.

Results: The findings revealed a significant difference among the three groups ($F=7.15$, $P=0.01$, $\eta^2=0.29$). The results of the Bonferroni post hoc test indicated that sleep quality scores in the intervention groups improved significantly compared to the control group across the pretest, posttest, and follow-up stages ($P<0.05$). However, no significant difference was found between the two treatment groups in the posttest and follow-up scores ($P>0.05$).

Conclusion: The findings of this study demonstrated that both treatments were equally effective in improving sleep quality among mothers of children with disabilities who were referred to welfare counseling centers in Izeh city. Therefore, it is recommended that these interventions be implemented to enhance the sleep quality of these mothers, taking into account the conditions and facilities available in treatment centers.

Keywords: Compassion-focused therapy, Emotion-focused therapy, Sleep quality.



مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان مدار بر کیفیت خواب مادران دارای فرزند معلول

سید الیاس حسینی^۱، مسعود شهبازی^{۲*}، سیده زهرا علوی^۳، مریم غلامزاده جفره^۴

۱- گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران.

۳- گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۴- گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: مسعود شهبازی: استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران.
ایمیل: masoudshahbazi53@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۳/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۳/۲

چکیده

مقدمه: توانمندسازی مادران دارای فرزند معلول به منظور پیشگیری از آسیب‌های روانشناختی از اهمیت بالایی برخوردار است؛ در این راستا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان مدار بر کیفیت خواب در مادران دارای فرزند معلول مراجعه کننده به مراکز مشاوره بهزیستی شهرستان ایذه انجام شد.

روش کار: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون و پیگیری دو ماه با گروه کنترل بود. جامعه آماری مادران دارای فرزند ناتوان جسمی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی بهزیستی شهرستان ایذه در بازه زمانی شش ماهه اول سال ۱۴۰۳ بودند. در پژوهش حاضر نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفری گمارده شدند. شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI؛ بویس و همکاران، ۱۹۸۹) جهت جمع‌آوری داده‌ها اجرا شد. درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان مدار هر یک از به صورت مجزا طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شدند. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی با نرم‌افزار SPSS-25 انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین سه گروه تفاوت معناداری وجود داشت ($F=7/15$, $P=0/01$). یافته‌های حاصل از آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که نمره کیفیت خواب در گروه‌های مداخله در مقایسه با گروه کنترل نسبت به پیش‌آزمون در پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معنی‌دار بهبود یافته است ($P<0/05$)؛ اما بین دو گروه درمانی در نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P>0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو درمان به شیوه یکسانی بر بهبود خواب مادران دارای فرزند معلول مراجعه کننده به مراکز مشاوره بهزیستی شهرستان ایذه موثر بوده است؛ پیشنهاد می‌شود که با توجه به شرایط و امکانات مراکز درمانی از این مداخلات جهت بهبود کیفیت خواب این مادران استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: درمان متمرکز بر شفقت، درمان هیجان مدار، کیفیت خواب.

مقدمه

مادران کودکان دارای معلولیت اغلب طیف وسیعی از چالش‌های روانی را تجربه می‌کنند که می‌تواند بر سلامت روان آنها تأثیر بگذارد؛ (۱). بسیاری از این مادران سطح بالایی از اضطراب را گزارش می‌دهند که می‌تواند نقش موثری بر کاهش کیفیت خواب آنها داشته باشد (۲). بسیاری از این مادران نگرانی و علائم افسردگی و اضطراب بالایی دارند که اختلال خواب همبستگی دارد (۳). انگ اجتماعی و عدم حمایت می‌تواند احساس تنهایی و به حاشیه رانده شدن را بیشتر تشدید کند که به نوبه خود می‌تواند پریشانی روانشناختی در این مادران را تشدید کند (۴). این مشکلات روانشناختی مرتبط با هم می‌توانند کیفیت خواب را به طور قابل توجهی مختل کنند و منجر به مشکلاتی مانند بی‌خوابی، بیدار شدن‌های مکرر و خواب غیرترمیمی (non-restorative sleep) شوند که به نوبه خود چالش‌های سلامت روان را تشدید می‌کنند (۵). کیفیت خواب یک سازه چند بعدی و ذهنی است که میزان رضایت فرد از فرایند خواب و کفایت آن برای بازسازی انرژی روانی و جسمانی را منعکس می‌کند. این مفهوم فراتر از صرف مدت‌زمان خواب، به سهولت در شروع خواب، تداوم آن بدون بیداری‌های مکرر، و احساس هوشیاری و کارکرد بهینه در طول بیداری اشاره دارد (۶).

کیفیت پایین خواب می‌تواند مادران دارای کودکان معلول را از نظر جسمی خسته، از نظر عاطفی تهی و کمتر قادر به مقابله با خواسته‌های مراقبتی روزانه کند. این امر اغلب با استرس، اضطراب و علائم افسردگی بالاتر مرتبط است که می‌تواند تنظیم هیجان را دشوارتر کرده و احساس خستگی را افزایش دهد (۷). خواب ضعیف همچنین ممکن است تمرکز و تصمیم‌گیری را کاهش دهد و مدیریت برنامه‌های درمانی، قرار ملاقات‌ها و وظایف پیچیده مراقبتی را دشوارتر کند (۸). با گذشت زمان، کمبود خواب می‌تواند تاب‌آوری را تضعیف کرده و چالش‌های مراقبتی معمولی را بسیار سنگین‌تر جلوه دهد (۹). در برخی موارد، خواب ضعیف با احساس انزوای بیشتر و کاهش سلامت روانی مرتبط است؛ بدن همچنین ممکن است از خستگی مداوم و کاهش انرژی رنج ببرد که می‌تواند عملکرد فیزیکی را در طول روز محدود کند (۱۰). با توجه به وجود چنین آسیب‌هایی برای مادران دارای فرزند معلول، اجرای مداخلات روانشناختی برای کمک به این مادران در مدیریت بار سنگین عاطفی و عملی مراقبت

از فرزند ضروری است (۵). بررسی مطالعات مروری دلالت بر این دارند که مداخلاتی مانند مشاوره مبتنی بر مدیریت استرس و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند پریشانی عاطفی را کاهش داده و تاب‌آوری را تقویت کند؛ همچنین به مادران کمک می‌کند تا خودکارآمدی خود را افزایش دهند، بنابراین در مدیریت چالش‌های مراقبت روزانه احساس اعتماد به نفس بیشتری می‌کنند (۱۱، ۱۲).

بر اساس مبانی نظری درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به عنوان یک رویکرد توصیه شده برای بهبود کیفیت خواب در نظر گرفته شود، زیرا فرآیندهای عاطفی که معمولاً خواب را مختل می‌کنند، به ویژه استرس، خودانتقادی و نشخوار فکری را هدف قرار می‌دهد (۱۳-۱۴). درمان متمرکز بر شفقت بر این ایده استوار است که ذهن انسان سه نظام اصلی تنظیم هیجان؛ نظام تهدید، نظام پیش‌برنده/دست‌آورد و نظام آرام‌بخش/ایمنی دارد. در بسیاری از افراد، به‌ویژه کسانی که با شرم، اضطراب یا خودانتقادی شدید درگیرند، نظام تهدید بیش‌فعال و نظام آرام‌بخش منفعل است. این درمان تلاش می‌کند با پرورش شفقت به خود، احساس ایمنی، آرامش و ارتباط را تقویت کند تا تعادل میان این سه نظام برقرار شود. هدف نهایی در این است که فرد به‌جای خودانتقادی در مواجهه با رنج و ناکامی، بتواند با مهربانی، درک و حمایت با خود روبه‌رو شود (۱۳). تحقیقات در مورد شفقت به خود و خواب، ارتباط معناداری را با مشکلات خواب کمتر نشان می‌دهد (۱۳). مطالعات همچنین گزارش می‌دهند که مداخلات مبتنی بر شفقت می‌توانند نشخوار فکری را کاهش دهند، که ارتباط نزدیکی با مشکل به خواب رفتن و در خواب ماندن دارد (۱۵). با کاهش استرس ادراک شده، این مداخلات ممکن است به بدن و ذهن کمک کنند تا به حالت آرام‌تری تغییر کنند که برای شروع و تداوم خواب مطلوب‌تر است (۱۶). همچنین در پژوهشی نشان داده شد که درمان متمرکز بر شفقت برای کاهش شرم و خودانتقادی، دو الگوی که اغلب برانگیختگی هیجانی شبانه را حفظ می‌کنند، مفید بوده است (۱۷). شواهد حاصل از نمونه‌های بالینی و غیربالینی نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر شفقت می‌توانند در کنار خواب، بهزیستی ذهنی را بهبود بخشند (۱۸).

همچنین بر اساس مطالعات کارآزمایی درمان هیجان‌مدار می‌تواند به عنوان یک درمان مرجع برای بهبود کیفیت خواب در نظر گرفته شود، زیرا به پریشانی هیجانی که

بدنی می‌انجامد که از عوامل تداوم بی‌خوابی‌اند (۲۰). بنابراین درمان متمرکز بر شفقت عمدتاً از مسیر افزایش ایمنی درونی و آرام‌سازی فیزیولوژیک-وابسته به دلبستگی عمل می‌کند، در حالی که درمان هیجان‌مدار بیشتر از مسیر پردازش و بازسازی‌دهی تجربه هیجانی و کاهش تعارضات/هیجان‌های ناتمام؛ و همین تفاوت مکانیزم‌های زیربنایی، مقایسه اثرات این مداخلات بر خواب را از دیدگاه نظری موجه و قابل توجه می‌سازد. باوجود مکانیزم‌های زیربنایی متفاوتی که برای بهبود کیفیت خواب برای این دو مداخله وجود دارد؛ در بررسی پیشینه فقط یک پژوهش به مقایسه این دو مداخله بر بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به سردرد (۱۴) پرداخته است؛ بر این اساس مقایسه این دو مداخله در سایر افراد و گروه‌ها دارای خلاء پژوهشی قابل توجه است. همچنین از نظر کاربردی چنین مقایسه‌ای ارزشمند است؛ زیرا روشن می‌کند که آیا یک درمان تأثیر قوی‌تری دارد یا اینکه هر دو به طور مشابه مفید هستند و این اطلاعات می‌تواند متخصصان بالینی را در انتخاب مداخلاتی که کارآمدتر و متناسب با نیازهای مراجع هستند، راهنمایی کند. بر این اساس این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر کیفیت خواب در مادران دارای فرزند معلول مراجعه کننده به مراکز مشاوره بهزیستی شهرستان ایذه انجام شد.

روش کار

این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون و پیگیری دو ماه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل مادران دارای فرزند ناتوانی جسمانی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی بهزیستی شهرستان ایذه در بازه زمانی شش ماهه اول سال ۱۴۰۳ بودند. حداقل حجم نمونه طبق فرمول زیر با مقادیر $\sigma=3/58$ (انحراف معیار)، $d=4/58$ (اختلاف میانگین پس آزمون گروه آزمایش کنترل)، $Power=0/90$ (توان آزمون) و $\alpha=0/05$ (آلفا) برای هر گروه ۱۲/۸۲ برآورد شد که با توجه به حجم نسبتاً بالای مادران داوطلب و احتمال ریزش در نمونه‌ها، حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد.

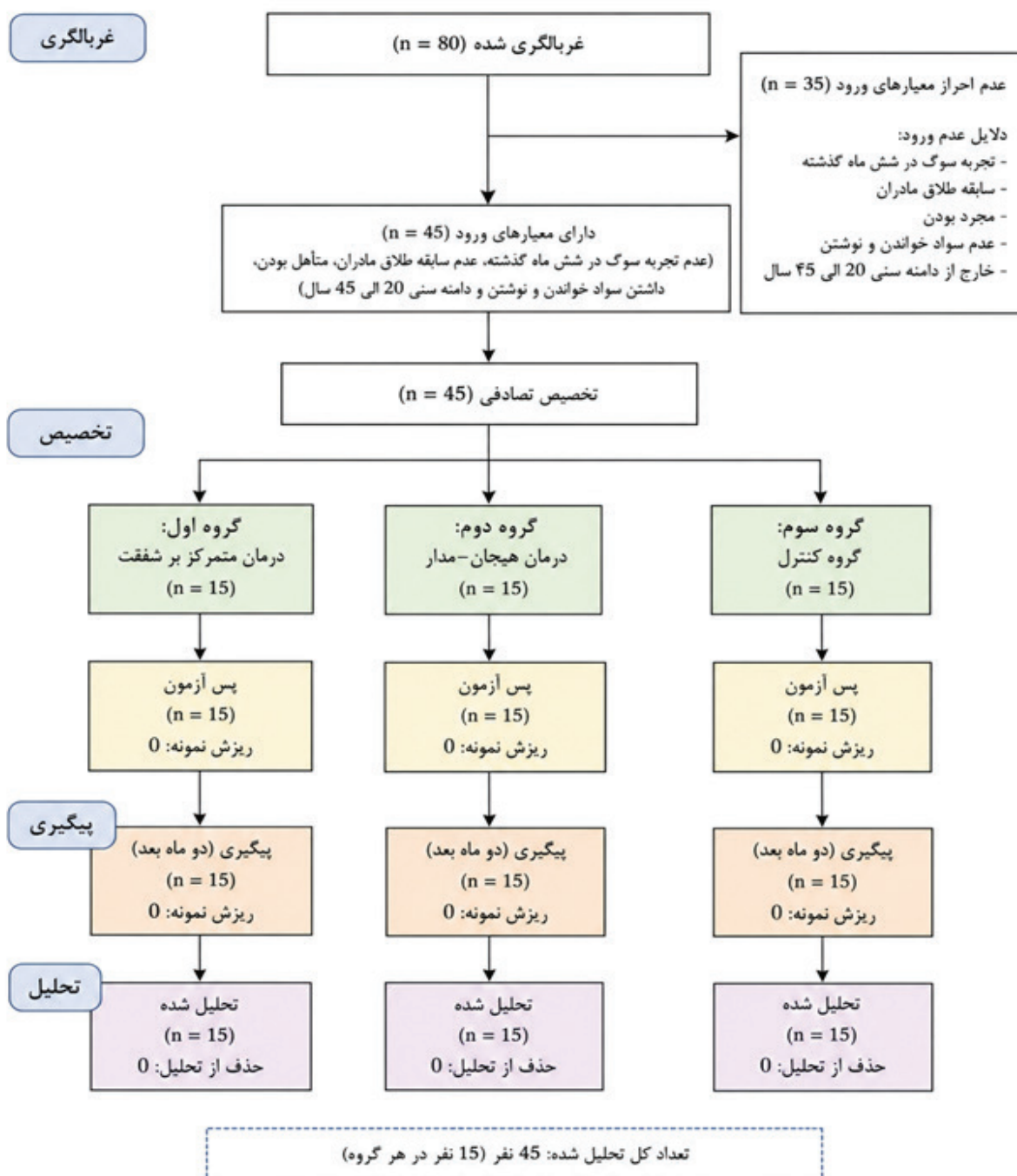
اغلب زیربنای مشکلات خواب است، می‌پردازد (۱۹-۲۰). تحقیقات نشان می‌دهد که خواب و تنظیم هیجان ارتباط نزدیکی با هم دارند و خواب ضعیف معمولاً با احساسات منفی قوی‌تر و کنترل عاطفی ضعیف‌تر مرتبط است (۲۱). درمان هیجان‌مدار بر این باور است که هیجان‌ها منبع اصلی معنا، نیاز و جهت‌گیری انسان‌اند و تغییر روانی از راه آگاهی، تجربه و دگرگونی هیجان‌ها رخ می‌دهد. در این رویکرد، درمانگر به مراجع کمک می‌کند هیجان‌های ناسازگار، دردناک یا سرکوب‌شده را شناسایی و به‌جای اجتناب، به‌صورت امن تجربه و پردازش کند (۱۹). درمان هیجان‌مدار با کمک به افراد در شناسایی، پردازش و ابراز احساسات دشوار، می‌تواند برانگیختگی ذهنی را که افراد را در شب بیدار نگه می‌دارد، کاهش دهد (۲۲). درمان هیجان‌مدار همچنین می‌تواند اجتناب از احساسات را کاهش دهند، که ممکن است از تجمع احساسات قبل از خواب جلوگیری کند؛ بنابراین، چنین درمانی ممکن است نه تنها مدت خواب، بلکه عمق خواب و کیفیت خواب ذهنی را نیز بهبود بخشد (۲۳).

در این پژوهش این فرضیه مفهومی‌سازی شده است تا نقش هر دو مداخله درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر کیفیت خواب مورد آزمون قرار گیرد؛ از دیدگاه نظری مقایسه درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر بهبود کیفیت خواب از چند جنبه قابل تأمل است، هر دو مداخله با هدف کاهش برانگیختگی هیجانی و بهبود تنظیم هیجان عمل می‌کنند؛ اما هر یک مکانیزم‌های زیربنایی متفاوتی دارند. در درمان متمرکز بر شفقت، فعال‌سازی نظام آرام‌بخش/ایمنی و کاهش غلبه نظام تهدید از طریق شفقت به خود، کاهش شرم و خودانتقادی، و تقویت احساس امنیت بین‌فردی، مستقیماً می‌تواند نشخوار فکری و بیش‌برانگیختگی (Hyperarousal) پیش از خواب را کم کرده و شروع/تداوم خواب را بهبود دهد (۱۳). در مقابل، درمان هیجان‌مدار با دسترسی، تجربه‌کردن و دگرگون‌سازی هیجان (به‌ویژه تبدیل هیجان‌های ناسازگار مانند ترس/شرم به هیجان‌های سازگار مانند سوگ سالم، خشم سازنده) به کاهش بار هیجانی حل‌نشده و تنش

$$\frac{12}{82} = \frac{2(3.08)^2(10.4976)}{4.08^2} = \frac{(25.73)(10.49)}{40.97} = n_1 = n_2 = n_3 = \frac{2\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

سابقه طلاق مادران، متأهل بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن و تکمیل کامل پرسشنامه‌ها، دامنه سنی ۲۰ الی ۴۵ سال بود. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه از حضور در جلسات درمانی بود. در ادامه در شکل ۱ نمودار کانسورت ارائه شده است.

در پژوهش حاضر نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفری گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تمایل و رضایت جهت مشارکت در پژوهش، داشتن فرزند مبتلا به معلولیت جسمانی، عدم تجربه سوگ در شش ماه گذشته، عدم



شکل ۱: نمودار کانسورت

سید الیاس حسینی و همکاران

درمان متمرکز بر شفقت: پروتکل این درمان برگرفته از مدل گیلبرت (۲۴) است که طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی (هر هفته دو جلسه) اجرا شد. در جدول ۱ خلاصه پروتکل ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه پروتکل درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی با مفاهیم مبتنی بر شفقت: برقراری ارتباط اولیه گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات آشنایی با اصول کلی و تمایز شفقت با تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی توصیف و CFT درمان تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن
دوم	آشنایی با ذهن مشفق: آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین بررسی بدنی و تنفس آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند
سوم	آشنای با خصوصیات افراد مشفق: آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت نسبت به دیگران پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند پرورش حس اشتراکات (انسانی در مقابل احساسات خود تخریب گرانه شرم و آموزش همدردی)
چهارم	خودشناسی: ترغیب شرکت‌کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا غیر شفقت با توجه به مباحث آموزشی شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه ارزش خود شفقتی همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران و آموزش استعاره فیزیوتراپ) و آموزش بخشایش
پنجم	تمرینات شفقت به خود از طریق پذیرش: آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (بخشش پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوآنزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف
ششم	تمرینات عملی شفقت: تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبکها و روشهای ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روشها در زندگی روزمره و برای همسر فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی
هفتم	آموزش شفقت نسبت به دیگران: آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران روش آموزش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
هشتم	جمع بندی تمرینات مبنی بر شفقت: آموزش و تمرین مهارت‌های مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به شرکت‌کنندگان تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

درمان هیجان‌مدار: پروتکل این درمان برگرفته از مدل تیمولاک و همکاران (۲۵) است که طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت (هر هفته دو جلسه) گروهی اجرا شد. در جدول ۲ خلاصه پروتکل ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه پروتکل درمان هیجان‌مدار

جلسه	محتوای جلسه
اول	در این جلسه، ابتدا پیش‌آزمون جهت سنجش وضعیت کیفیت خواب اجرا گردید. سپس درمانگر به برقراری رابطه همدلانه و جلب اعتماد مادران پرداخت و قوانین گروهی و درمانی تبیین شدند. ماهیت مشکلات مادران در مواجهه با معلولیت فرزند و انتظارات آن‌ها از فرایند درمان مورد ارزیابی دقیق قرار گرفت و اهداف واقع‌بینانه برای بهبود سلامت روان آن‌ها تعیین شد.
دوم	در این مرحله، چرخه‌های تعاملی منفی (مانند خشم، سرزنش خود یا انزوا) که در رابطه با فرزند معلول یا سایر اعضای خانواده شکل گرفته بود، شناسایی شدند. مادران با اصول درمان هیجان‌مدار و نقش کلیدی هیجانات در واکنش‌های روزمره آشنا شدند. شرایطی فراهم گردید تا اعضا نحوه گیر افتادن در الگوهای تکراری استرس و ناکامی را آشکار کنند و زمینه‌ای برای بازسازی این تعاملات ایجاد شد.
سوم	مشکلات مربوط به نگهداری از فرزند، بر حسب احساسات عمیق‌تر (مانند غم فقدان فرزند سالم یا ترس از آینده) بازتعریف شدند. بر توانایی مادران در ابراز این هیجانات به جای سرکوب آن‌ها تأکید شد. همچنین، آگاهی‌بخشی لازم در مورد تأثیر ساختارهای دفاعی و ترس‌های درونی بر فرایندهای شناختی و رفتاری مادران صورت گرفت تا متوجه شوند چگونه لایه‌های دفاعی مانع از برون‌ریزی سالم هیجانی می‌شدند.
چهارم	مادران ترغیب شدند تا نیازهای شخصی خود را که به دلیل مراقبت افراطی از فرزند معلول نادیده گرفته یا انکار کرده بودند، شناسایی کنند. الگوهای تعاملی آن‌ها با فرزند و همسر با رویکردی همدلانه مورد بازبینی قرار گرفت. در این جلسه، بر بیان صریح نیازهای عاطفی و افزایش پذیرش جنبه‌های آسیب‌دیده «خود» تأکید گردید و فضایی برای آشتی با بخش‌های فراموش‌شده هویت فردی فراهم شد.
پنجم	درمانگر مادران را نسبت به هیجانات پنهان (مانند احساس گناه یا شرم) آگاه کرد. جایگاه هر مادر در شبکه روابط خانوادگی تبیین شد و بر پذیرش تجربیات زیسته و راهکارهای نوین تعاملی تأکید گردید. هیجانات شناخته شده ردیابی شدند و نیازهای دلبستگی مادران به گونه‌ای شرح داده شد که ماهیت طبیعی و انسانی آن‌ها (فراتر از برچسب مادر فداکار) برجسته شود.

ششم	در این جلسه، بیان نیازها و خواسته‌های مادران از حالت شکایت به حالت انسانی و صمیمانه تغییر یافت و درگیری هیجانی مثبتی ایجاد شد. تجربه هیجانی عملی در زمینه شناخت تعارضات درونی توسعه یافت و تلاش شد تا پیوندی ایمن بین مادر و دنیای درونی‌اش و همچنین در روابط خانوادگی برقرار شود. این مرحله به کاهش احساس تنهایی و انزوای عاطفی مادران کمک شایانی کرد.
هفتم	موقعیت‌های تعاملی جدیدی بازسازی شدند که در آن مادران توانستند الگوهای واکنشی قدیمی (مانند تسلیم محض یا پرخاشگری ناشی از استرس) را کنار بگذارند. الگوهای تعاملی سالم شفاف‌سازی شدند و بر یادآوری نیازهای اولیه (مانند نیاز به حمایت، استراحت و دیده شدن) به عنوان سنگ بنای تعاملات جدید تأکید شد.
هشتم	در جلسه نهایی، تمام تغییرات مثبتی که در طول درمان رخ داده بود، مورد تقویت و تحکیم قرار گرفتند. تفاوت‌های بنیادین بین تعاملات فعلی و الگوهای آسیب‌زای ابتدای درمان برجسته شدند. رابطه مادر با خود و اطرافیان بر اساس پیوند ایمن شکل گرفت، به طوری که بحث درباره مشکلات آتی منجر به فروپاشی روانی آن‌ها نگردید. در نهایت، ارزیابی کلی (پس‌آزمون) از روند بهبود صورت گرفت و پس‌آزمون جهت سنجش اثربخشی درمان اجرا شد.

برای گردآوری داده‌ها ابزار زیر مورد استفاده قرار گرفت:

شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI): این پرسشنامه که در ابتدا توسط بویس و همکاران در سال ۱۹۸۹ در مؤسسه روانپزشکی پیتزبورگ توسعه یافت. این پرسشنامه به سنجش کیفیت کلی خواب در یک ماه گذشته می‌پردازد و از ۱۹ گویه تشکیل شده است که در ۷ خرده مقیاس طبقه‌بندی می‌شوند. سوالات بر اساس طیف لیکرت متفاوتی نمره‌گذاری می‌شوند و در نهایت دامنه نمرات بین صفر الی ۲۱ است و نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت خواب نامناسب است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در مطالعات پیشین به اثبات رسیده است (۲۶). بویس و همکاران (۲۶) روایی محتوایی را ۰/۷۹ و پایایی بازآزمایی را ۰/۸۴ گزارش کردند. در پژوهشی داخلی، شفیع و همکاران (۲۷) شاخص روایی محتوا را ۰/۸۹ و ضریب آلفای کرونباخ را در بازه ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر همسانی درونی ۰/۷۱ آلفای کرونباخ محاسبه شد. روش اجرا در پژوهش حاضر از این قرار بود که در ابتدا یک پیش‌آزمون بر روی اعضای گروه آزمون و کنترل در پژوهش حاضر اجرا گردید و پرسشنامه پژوهش میان آنها توزیع شد و سپس برای اعضای گروه آزمون، درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار به صورت گروهی، اجرا گردید و اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. سپس

بر روی اعضای گروه آزمون و کنترل یک پس‌آزمون اجرا گردید و مجدداً پس از دو ماه آزمون پیگیری اجرا شد. در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق شرکت‌کنندگان، توضیحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه شرکت‌کنندگان ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تصریح گردید. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل شد. پس از اخذ رضایت آگاهانه کتبی افراد وارد پژوهش شدند. همچنین این پژوهش با شناسه IR.IAU.AHVAZ.REC.1404.266 در کمیته ملی اخلاق تایید شده است. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی با نرم‌افزار SPSS-25 انجام شد؛ مقدار آلفا در پژوهش حاضر ۰/۰۵ لحاظ شده است.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵ نفر تا انتهای پژوهش مشارکت داشتند که در سه گروه ۱۵ نفری قرار داشتند؛ در جدول ۳ اطلاعات جمعیت‌شناختی سه گروه مقایسه شده است.

جدول ۳: پراکندگی اطلاعات جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	دسته‌بندی	درمان متمرکز بر شفقت	درمان هیجان‌مدار	گروه کنترل	Chi- square test	P-value
جنسیت فرزندان معلول	پسر	۷	۷	۷	۰/۰۰	۱/۰۰
	دختر	۸	۸	۸		
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۱۰	۸	۹	۰/۵۵	۰/۷۵
	شاغل نیمه وقت	۵	۷	۶		
		M ± SD	M ± SD	M ± SD	F	P-value
سن مادران		۳۷/۷۸±۶/۱۲	۳۶/۱۷±۷/۱۹	۳۶/۷±۲۵/۲۸	۰/۴۳	۰/۷۲
سن فرزندان		۹/۶۴±۳/۶۷	۱۱/۱۷±۴/۴۱	۱۰/۸۰±۴/۸۷	۰/۹۳	۰/۷۳

۴ میانگین و انحراف معیار متغیر کیفیت خواب به تفکیک ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها در متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد؛ در واقع گروه‌ها از نظر این اطلاعات همگون هستند. در جدول

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار متغیر کیفیت خواب به تفکیک گروه‌ها

متغیر	مراحل	درمان متمرکز بر شفقت		درمان هیجان‌مدار		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت خواب	پیش آزمون	۱۴/۸۶	۲/۹۲	۱۴/۶	۲/۶۱	۱۴/۵۳	۲/۲۹
	پس آزمون	۱۱/۱۶	۳/۲۰	۱۰/۹۳	۳/۱۲	۱۴/۴۲	۲/۴۷
	پیگیری	۱۱/۱۳	۳/۰۹	۱۰/۹۱	۳/۰۳	۱۴/۴۵	۲/۲۰

فرض کورویت نیز برقرار است ($P=0/32$, $W=0/94$)؛ بر این اساس شاخص درجه آزادی در گزارش F نیاز به اصلاح ندارد؛ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در مقایسه درون گروهی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر کیفیت خواب تفاوت معنادار وجود دارد ($F=259/19$, $P=0/01$)؛ در واقع نتایج دلالت بر این دارند که حداقل بین مراحل سنجش در یکی از گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد؛ جهت بررسی دقیق اثر مداخله در طول زمان و در تعامل با گروه، یافته‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

در جدول ۴ نشان داده شده است که میانگین متغیر کیفیت خواب در گروه‌های درمانی در پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است (روند کاهشی دلالت بر بهبود کیفیت خواب دارد)؛ اما در گروه کنترل تقریباً ثابت بوده است. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیروویلک استفاده شد؛ نتایج نشان داد که داده‌ها دارای توزیع نرمال است ($P>0/05$). نتایج آزمون لون نشان داد که همگونی خطای واریانس‌ها در گروه‌ها برقرار است ($F=0/40$, $P=0/67$). همچنین نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در سه گروه همگون است ($P>0/05$). نتایج آزمون کورویت موچلی نشان داد که پیش

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در سه گروه در سه مرحله در متغیر کیفیت خواب

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
کیفیت خواب	مراحل	۱۸۲/۱۷	۲	۹۴/۵۸	۱۱۸/۱۶	۰/۰۱	۰/۹۲
	مراحل * گروه	۸۴/۸۳	۴	۲۱/۲	۱۱۶/۱۸	۰/۰۱	۰/۸۴
	خطا	۹۳/۶۶	۸۴	۱/۱۲			
	بین گروهی	۱۴۳/۳۹	۲	۷۱/۹۶	۷/۱۵	۰/۰۱	۰/۲۹
	خطا	۴۴۳۷/۳۷	۴۲	۱۰۵/۶۵			

معناداری وجود داشت ($P<0/05$)؛ علاوه بر این همان طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود؛ در مقایسه بین گروهی نیز تفاوت معناداری وجود داشت ($P<0/05$). در ادامه جهت مقایسه زوجی نتایج آزمون بن‌فرونی در جدول ۶ ارائه شده است.

همان طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود؛ در مراحل بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای کیفیت خواب تفاوت معناداری وجود داشت ($P<0/05$). این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیر وابسته در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. در تعامل بین گروه * مراحل اندازه‌گیری برای کیفیت خواب نیز تفاوت

جدول ۶: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) به تفکیک گروه‌ها و مقایسه زوجی گروه‌ها

مقایسه مراحل		درمان متمرکز بر شفقت		درمان هیجان مدار		گروه کنترل	
پیش آزمون	پس آزمون	تفاضل میانگین ها	P	تفاضل میانگین ها	P	تفاضل میانگین ها	P
پیش آزمون	پس آزمون	۳/۷۳	۰/۰۱	۳/۶۶	۰/۰۱	۰/۱۳	۱/۰۰
پیش آزمون	پیگیری	۳/۷۳	۰/۰۱	۳/۶۶	۰/۰۱	۰/۱۳	۱/۰۰
پس آزمون	پیگیری	۰/۸۹	۱/۰۰	۰/۳۴	۱/۰۰	۰/۲۷	۱/۰۰
بین گروهی		بین دو گروه درمانی		درمان متمرکز بر شفقت و کنترل		درمان هیجان مدار و کنترل	
پس آزمون	پیگیری	تفاضل میانگین ها	P	تفاضل میانگین ها	P	تفاضل میانگین ها	P
پس آزمون	پیگیری	۰/۲۰	۱/۰۰	۳/۲۶	۰/۰۱	۳/۴۶	۰/۰۱
پیگیری	پیگیری	۰/۲۰	۱/۰۰	۳/۱۲	۰/۰۱	۳/۱۰	۰/۰۱

نتایج مقایسه زوجی بین مراحل اندازه‌گیری در جدول ۶ نشان داد که در گروه‌های درمانی بین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.05$)؛ اما بین پس آزمون و پیگیری در گروه‌های مداخله تفاوت معناداری یافت نشد ($P > 0.05$). در مقایسه بین گروهی نیز نتایج نشان داد چه در پس آزمون و چه در پیگیری بین دو درمان تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$)؛ و همچنین دو درمان نسبت به گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری بر بهبود کیفیت خواب موثر بوده‌اند ($P < 0.05$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان مدار بر کیفیت خواب در مادران دارای فرزند معلول مراجعه کننده به مراکز مشاوره بهزیستی شهرستان ایذه انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت خواب در مادران دارای فرزند معلول موثر بوده است؛ این یافته با پژوهش‌های فراسر و همکاران (۱۳) و بهوندی و همکاران (۱۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که درمان متمرکز بر شفقت با کمک به افراد در تنظیم سیستم تهدید که ذهن را قبل و در طول خواب در حالت بیش‌برانگیختگی نگه می‌دارد، کیفیت خواب را بهبود می‌بخشد. طبق مبانی نظری آن، درمان متمرکز بر شفقت سیستم پاراسمپاتیک را تقویت می‌کند که با احساس امنیت، رضایت و آرامش فیزیولوژیکی مرتبط است (۱۷). با پرورش شفقت به خود، افراد خودانتقادی و نشخوار فکری را کاهش می‌دهند، دو فرآیند شناختی اصلی که پاسخ‌های استرس را طولانی می‌کنند و در آرامش هنگام خواب اختلال ایجاد می‌کنند

(۱۸). درمان متمرکز بر شفقت همچنین مهارت‌های تنظیم هیجان را ارتقاء می‌دهد که سطح کورتیزول را کاهش می‌دهد و تنش فیزیولوژیکی را کم می‌کند و در نتیجه انتقال روان‌تر به خواب را ممکن می‌سازد؛ علاوه بر این، تصاویر متمرکز بر شفقت، مسیرهای عصبی مرتبط با امنیت را فعال می‌کند و با ترس و نگرانی که معمولاً خواب را مختل می‌کنند، مقابله می‌کند. از طریق تمرین مکرر، ذهن دلسوز به یک منبع درونی پایدار تبدیل می‌شود که افکار مزاحم را آرام می‌کند و حس امنیت درونی را پرورش می‌دهد (۲۴). در نهایت، درمان متمرکز بر شفقت خواب را بهبود می‌بخشد زیرا سیستم‌های عاطفی مغز را دوباره متعادل می‌کند و افراد را از حالت‌های تهدیدمحور به حالت‌های آرامش‌بخشی که از استراحت عمیق و ترمیمی پشتیبانی می‌کنند، تغییر می‌دهد.

یافته دوم نشان داد که درمان هیجان مدار بر بهبود کیفیت خواب در مادران دارای فرزند معلول موثر بوده است؛ این یافته با پژوهش‌های اوزکان و همکاران (۱۹) و قریشی و همکاران (۲۰) همسو است؛ اوزکان و همکاران (۱۹) در پژوهشی در دانشجویان ترکیه نشان دادند که تکنیک‌های هیجانی (Emotional Freedom Technique) بک مداخله هیجان‌محور کارآمد در بهبود کیفیت خواب بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که درمان هیجان‌مدار با کمک به افراد برای دسترسی، شفاف‌سازی و پردازش تجربیات عاطفی حل‌نشده که سیستم عصبی را در حالت تنش و بیش‌برانگیختگی نگه می‌دارند، کیفیت خواب را بهبود می‌بخشد؛ طبق مبانی نظری درمان هیجان‌مدار احساسات اولیه پردازش نشده (مانند ترس، غم یا شرم) اغلب به صورت نگرانی مداوم و نشخوار فکری در شب بروز می‌کنند و باعث می‌شوند ذهن و بدن برای رسیدن به

تنظیم، هر دو مداخله می‌توانند منجر به شروع خواب بهتر، تداوم آن و کیفیت خواب شوند (۲۵). در تبیینی دیگر بر اساس بر اساس نظریه عوامل مشترک (Common factors theory) در روان‌درمانی، مشابه بودن اثر درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر بهبود کیفیت خواب را می‌توان ناشی از مؤلفه‌های مشترکی دانست که در هر دو رویکرد فعال شده‌اند. هر دو درمان با ایجاد اتحاد درمانی امن و رابطه‌ای همدلانه، سطح تنیدگی و برانگیختگی هیجانی را کاهش داده و زمینه آرام‌سازی فیزیولوژیک لازم برای خواب را فراهم کرده‌اند. همچنین هر دو مداخله با افزایش آگاهی هیجانی و تقویت تنظیم هیجان، از شدت نشخوار فکری، احساس گناه/خودانتقادی و اضطراب شبانه کاسته‌اند. علاوه بر این، ارائه یک چارچوب درمانی روشن در هر دو رویکرد، امید و انتظار بهبود را افزایش داده و احساس کنترل و خودکارآمدی را تقویت کرده است. در نتیجه، صرف‌نظر از تفاوت تکنیک‌ها، فعال شدن این عوامل مشترک موجب شده است که هر دو درمان به طور یکسان به بهبود کیفیت خواب منجر شوند (۲۸).

این پژوهش دارای یکسری محدودیت‌هایی است که تعمیم‌پذیری نتایج را ضعیف می‌کند؛ به‌طور مثال حجم نمونه پایین قدرت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌کند. علاوه بر این، تنوع در ویژگی‌های جمعیتی (مانند سن، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی) ممکن است بر نتایج تأثیر بگذارد. ویژگی‌های فرهنگی خاص شهرستان ایذه ممکن است بر نحوه دریافت و اثرگذاری درمان‌ها تأثیر بگذارد. ویژگی‌های فرهنگی می‌توانند بر نوع و شدت استرس‌ها و مشکلات روانی مادران تأثیر بگذارد. اگر انتخاب شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی انجام نشود، نتایج ممکن است به سوگیری منجر شود و اعتبار یافته‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. فقدان پیگیری‌های بلندمدت پس از پایان درمان ممکن است ارزیابی پایداری اثرات درمانی را دشوار کند. به همین دلیل نمی‌توان با وضوح و قطعیت پایداری تغییرات را در طول زمان اثبات نمود. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده به تنوع فرهنگی در نمونه‌گیری، کنترل عوامل اجتماعی، اقتصادی و روانی همچون شدت استرس و ویژگی‌های شخصیت و همچنین اجرای آزمون‌های پیگیری شش ماهه و یک ساله توجه شود.

خواب آرام با مشکل مواجه شوند؛ درمان هیجان‌مدار با شناسایی این احساسات اصلی و تبدیل پاسخ‌های عاطفی ناسازگار به پاسخ‌های سازگار، تعارض درونی و پریشانی عاطفی را که معمولاً خواب را مختل می‌کنند، کاهش می‌دهد (۱۹). این درمان همچنین تنظیم هیجان را افزایش می‌دهد و به افراد اجازه می‌دهد تا هنگام بروز احساسات دشوار در زمان خواب، خود را به طور مؤثرتری تسکین دهند؛ با افزایش وضوح عاطفی، بار شناختی کاهش می‌یابد و منجر به افکار مزاحم کمتری می‌شود که شروع خواب را به تأخیر می‌اندازند (۲۱). درمان هیجان‌مدار همچنین حس امنیت عاطفی را تقویت می‌کند که برانگیختگی فیزیولوژیکی را کاهش می‌دهد و از سیستم آرامش طبیعی بدن پشتیبانی می‌کند. با گذشت زمان، حل انسدادهای عاطفی، تعادل روانی عمیق‌تری را ایجاد می‌کند و خواب پایدارتر و ترمیمی‌تری را ممکن می‌سازد.

یافته سوم نشان داد که هر دو مداخله اثر یکسانی بر بهبود کیفیت خواب مادران دارای فرزند معلول داشته است. این یافته با پژوهش بهوندی و همکاران (۱۴) همسو است. در تبیین می‌توان بیان نمود که درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار می‌توانند بهبودهای مشابهی در کیفیت خواب ایجاد کنند، زیرا هر دو مداخله در درجه اول تنظیم هیجان و کاهش پریشانی روانی را هدف قرار می‌دهند؛ هر دو رویکرد به افراد کمک می‌کنند تا از تجربیات عاطفی خود آگاه‌تر شوند و الگوهای ناسازگار مانند نشخوار فکری، نگرانی و انتقاد از خود را که به عنوان عوامل مختل‌کننده خواب شناخته می‌شوند، کاهش دهند (۱۴). این درمان‌ها با پردازش و تنظیم هیجانات دشوار، فعال‌سازی سیستم‌های تهدید و استرس را که بدن را در حالت برانگیختگی فیزیولوژیکی در شب نگه می‌دارند، کاهش می‌دهند؛ هر مداخله همچنین حس امنیت عاطفی و پذیرش خود را ارتقاء می‌دهد که به آرامش ذهن قبل از خواب کمک می‌کند (۱۶). علاوه بر این، هر دو درمان، تعارض درونی و تنش عاطفی حل نشده را کاهش می‌دهند و به افراد اجازه می‌دهند تعادل روانی بیشتری را تجربه کنند. با بهبود پردازش هیجانی، فعالیت شناختی و افکار مزاحم در زمان خواب کاهش می‌یابد. این کاهش برانگیختگی عاطفی و شناختی، از فعال‌سازی فرآیندهای آرامش‌بخش و تسکین‌دهنده در سیستم عصبی پشتیبانی می‌کند. در نتیجه، از طریق مکانیسم‌های مشترک آگاهی عاطفی، پذیرش و

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که هر دو روش درمانی مورد بررسی، تأثیر مثبتی بر بهبود کیفیت خواب مادران دارای فرزند معلول مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بهزیستی شهرستان ایذه داشته‌اند و از نظر میزان اثربخشی تفاوت معناداری بین آن‌ها مشاهده نشده است. بنابراین، هر دو رویکرد می‌توانند به عنوان مداخلات مؤثر برای بهبود وضعیت خواب این گروه از مادران مورد استفاده قرار گیرند. در حوزه کاربردی برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای مدیران مراکز مشاوره بهزیستی درباره اصول درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار به منظور افزایش آگاهی و بهبود مهارت‌های مشاوره پیشنهاد می‌شود؛ همچنین ایجاد برنامه‌های حمایتی برای مادران

با هدف بهبود مهارت‌های ارتباطی و تنظیم هیجان به منظور بهبود کیفیت خواب پیشنهاد می‌شود.

سیاسگزاری

از همه افرادی که در اجرای این مطالعه مشارکت و همکاری داشتند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. پیشنهاد این پژوهش در کمیته ملی اخلاق شعبه دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با شناسه IR.IAU.AHVAZ.REC.1404.266 به تصویب رسیده است.

تضاد منافع

هیچ حامی مالی و تعارض منافی وجود ندارد.

References

1. Tokić A, Slišković A, Nikolić Ivanišević M. Well-being of parents of children with disabilities-does employment status matter?. *Social Sciences*. 2023 Aug 19;12(8):463. <https://doi.org/10.3390/socsci12080463>
2. Brekke I, Alecu A. The health of mothers caring for a child with a disability: a longitudinal study. *BMC Women's Health*. 2023 Nov 30;23(1):639. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02798-y>
3. Kaçan H, Kaş Alay G, Yeyit Ş, Gümüş Çalış G, Birol Z. The Effect of Applied Group Training on Perceived Social Support, Depressive Symptoms, and Self-Compassion Given to Mothers with Children with Autism: a Quasi-Experimental Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2025;31:1-0. <https://doi.org/10.1007/s10803-025-06963-0>
4. Luetke Lanfer H, Anderson E, Bah F, Krawiec S, Rossmann C, Vines A. Experiences of stigma among caregivers of children with disabilities in Freetown. *Scientific Reports*. 2025 Jun 20;15(1):20236. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-07034-1>
5. Lee J, Hobbs G, Spratling R. Exploring the Influences of Sleep Disturbances in Mothers of School-Aged Children With Developmental Disabilities. *Western Journal of Nursing Research*. 2025 May;47(5):367-75. <https://doi.org/10.1177/01939459251318631>
6. Carpi M. The Pittsburgh sleep quality index: a brief review. *Occupational Medicine*. 2025 Jan;75(1):14-5. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqae121>
7. Chu J, Richdale AL. Sleep quality and psychological wellbeing in mothers of children with developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2009 Nov 1;30(6):1512-22. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.07.007>
8. Gallagher S, Phillips AC, Carroll D. Parental stress is associated with poor sleep quality in parents caring for children with developmental disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*. 2010 Aug 1;35(7):728-37. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp093>
9. Sasai S, Bando H, Obayashi K, Yamagami Y, Saeki K, Jojima N. Sleep quality and mental well-being of mothers caring for children with disabilities and requiring oxygen therapy and night care at home. *Japanese Journal of Public Health*. 2022 Feb 28;69(4):262-72.
10. Karabulut DG, Akbaş AN. Parents of children with developmental disability have insufficient knowledge about healthy sleep in children. *Advances in Rehabilitation*. 2023 Apr 1;37(2):38-47. <https://doi.org/10.5114/areh.2023.129031>
11. Kulasinghe K, Whittingham K, Mitchell AE, Boyd RN. Psychological interventions targeting mental health and the mother-child relationship in autism: Systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2023 Mar;65(3):329-45. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15432>
12. Westlake F, Westlake M, Totsika V. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of interventions targeting the parent-child relationship in families of children with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual*

- Disabilities. 2024 Nov;37(6):e13273. <https://doi.org/10.1111/jar.13273>
13. Fraser MI, Efthymiou A, Adamski D, Ciarrochi J, Gloster AT, Sahdra BK. Self-Compassion, Other-Compassion, and Subjective Sleep Quality Indicators in a Clinical Population: An Experience Sampling Study. *Mindfulness*. 2025 Oct;16(10):2916-29. <https://doi.org/10.1007/s12671-025-02647-z>
14. Behvandi N, Khayatan F, Golparvar M. Comparing the Effectiveness of emotion focused therapy with compassion Focused therapy on sleep quality and irrational beliefs in patients with early headache symptoms. *Yafteh*. 2021 Sep 10;23(4):31-44. <https://doi.org/10.32592/Yafteh.2021.23.4.3>
15. Mousavi S, Mousavi S, Shahsavari MR. Effectiveness of compassion-focused therapy on social anxiety and rumination among female heads of households. *J Clin Res Paramed Sci*. 2023 Dec;12(2):e139058. <https://doi.org/10.5812/jcrps-139058>
16. Veštin M, Wallin L, Naesström M, Blomqvist I, Svedin CG, Beaumont E, Jokinen J, Dennhag I. Internet-based group compassion-focused therapy for Swedish young people with stress, anxiety and depression: a pilot waitlist randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*. 2025 Apr 1;16:1547046. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1547046>
17. Brown N, Ashcroft K. The effectiveness of compassion focused therapy for the three flows of compassion, self-criticism, and shame in clinical populations: A systematic review. *Behavioral Sciences*. 2025 Jul 29;15(8):1031. <https://doi.org/10.3390/bs15081031>
18. Gunn S, Henson J, Robertson N, Maltby J, Brady EM, Henderson S, Hadjiconstantinou M, Hall AP, Rowlands AV, Yates T, Davies MJ. Self-compassion, sleep quality and psychological well-being in type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ open diabetes research & care*. 2022 Sep 28;10(5): 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2022-002927>
19. Özcan H, Meşedüzü M, Gülen E, Çopur B. Investigation of the effect of emotional freedom technique (EFT) on sleep quality and fatigue in young people with sleep problems: Randomized controlled study. *Explore*. 2025 May 1;21(3):103162. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2025.103162>
20. Ghoreishi SS, Pourhadi S, Hosseini SR, Hamidia A. The Effect of Emotional Freedom Techniques on Sleep Quality, Sleepiness and Quality of Life of Older Adults in Adult Day-Care Center. *Iranian Journal of Psychiatry & Behavioral Sciences/Progress in Psychiatry & Behavioral Sciences*. 2023 Dec 1;17(4):33. <https://doi.org/10.5812/ijpbs-126985>
21. Vandekerckhove M, Wang YL. Emotion, emotion regulation and sleep: An intimate relationship. *AIMS neuroscience*. 2017 Dec 1;5(1):1. <https://doi.org/10.3934/Neuroscience.2018.5.1>
22. Didehban, E., Ayoubi, S., Tabesh, H., Mohammad-Zadeh, M., Saleh, L.A. and Asgharipour, N., 2024. The Effectiveness of Training the Components of Compassion-Focused Therapy on Memory, Anxiety, and Sleep Quality in Patients with Obstructive Sleep Apnea. *Iranian Journal of Psychiatry & Behavioral Sciences/Progress in Psychiatry & Behavioral Sciences*, 18(1):789. <https://doi.org/10.5812/ijpbs-138912>
23. Mohammadi S, Kiyani R. The effectiveness of self-compassion on the sleep quality and life quality of mothers with children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Social Determinants of Health*.;11:1-0.
24. Gilbert P. *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge; 2010 Apr 16. <https://doi.org/10.4324/9780203851197>
25. Timulak L, Keogh D, McElvaney J, Schmitt S, Hession N, Timulakova K, Jennings C, Ward F. Emotion-focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and related disorders: Protocol for an initial feasibility randomised control trial. *HRB open research*. 2020 Feb 13;3:7. <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.12993.1>
26. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*. 1989 May 1;28(2):193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
27. Shafiee S, Arabsheybani N, Saadat S. The Mediating Role of Eating Behavior in the Relationship Between Rumination and Sleep Quality in University Students. *Caspian Journal of Neurological Sciences*. 2025;11(3):245. <https://doi.org/10.32598/CJNS.11.42.561.1>
28. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World psychiatry*. 2015;14(3):270-7.